

Fragebogen Krampfadern/Venenerkrankungen / Seite 1/2

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Der Fairsicherungsladen GmbH

Karlstr. 68 • 76137 Karlsruhe

Tel.: 0721/35 83 69

Fax: 0721/35 83 76

anfrage@fair-ka.de

http://www.derfairsicherungsladen.de

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Zu versichernde Person	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/> <input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/>
1.3. Beruf	<input type="text"/>
1.4. Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Wo bestehen die Krampfadern?	<input type="checkbox"/> beide Beine <input type="checkbox"/> rechtes Bein <input type="checkbox"/> linkes Bein
2.2. Wann und von welchem Arzt (Name und Anschrift) wurde die Erkrankung festgestellt?	<input type="text"/>
2.3. Ist ein Geschwür (offenes Bein) aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann? <input type="text"/>
2.4. Litten Sie an Venenentzündungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann? <input type="text"/>
2.5. Sind Thrombosen oder Embolien aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und an welchem Bein? <input type="text"/>
2.6. Wurde eine Operation durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und an welchem Bein? <input type="text"/>

Fragebogen Krampfadern/Venenerkrankungen / Seite 2/2

<p>2.7. Wurde eine Verödung vorgenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und an welchem Bein?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.8. Wann und bei welchem Arzt waren Sie zuletzt in Behandlung?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.9. Welche Behandlungen werden aktuell durchgeführt?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.10. Welche Behandlungen sind zu erwarten bzw. vorgesehen?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.11. Ist ein operativer Eingriff vorgesehen (Verödung, Venenoperation)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und an welchem Bein?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.12. Welche Medikamente sind erforderlich (Name und Menge pro Tag)?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Datum : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Uhrzeit: von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p><input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p><input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	